



TA. HOGAR

Registro de presentación

Registro de entrada

COMUNICACIÓN DE DATOS PARA INCLUSIÓN EN EL SISTEMA ESPECIAL PARA EMPLEADOS DE HOGAR DEL RÉGIMEN GENERAL PARA EMPLEADORES Y TRABAJADORES PROCEDENTES DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE EMPLEADOS DE HOGAR. APERTURA DE NUEVO CCC Y ALTA DEL TRABAJADOR (VÁLIDO HASTA 30-06-2012)

1. DATOS DEL EMPLEADOR - TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
GOMEZ	RUBIO	MERCEDES	280058668725
CCC DEL RÉGIMEN DE EMPLEADOS DE HOGAR		1.1 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
1211-28-175349419		D.N.I.: <input checked="" type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	
		1.2 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
		859.139C	
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.
CL	CASTRONUÑO	-	6
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		BIS	ESCAL.
MADRID		-	-
		PISO	PUERTA
		-	-
		CÓD. POSTAL	
		28043	
PROVINCIA		TELÉFONO	
MADRID		913000536	

2. DATOS PARA COBERTURA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

2.1 ENTIDAD ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES (N° Y DENOMINACIÓN)

0777	INNS
------	------

3. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO CUENTA CLIENTE				DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO			
ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO CUENTA	TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
004931	4095	2894	101301	D.N.I.: <input checked="" type="checkbox"/> C.I.F.: <input type="checkbox"/> TARJETA EXTRANJERO: <input type="checkbox"/> PASPR.: <input type="checkbox"/>		859.139C	

4. DATOS DEL TRABAJADOR/A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
SANTANA	SORIANO	BERNARDA	281000530295
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO			
D.N.I.: <input checked="" type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>			
1.2 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO			
53.618.279 N			
DOMICILIO			

5. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD LABORAL

HORAS DE TRABAJO SEMANALES	40	SALARIO POR HORA REALIZADA	
SALARIO MENSUAL (campo obligatorio)	700'11	IMPORTE DEL SALARIO MENSUAL ACORDADO EN ESPECIE	
TIPO DE CONTRATO			
100 - Indefinido tiempo completo			
EXISTE PACTO DE HORAS DE PRESENCIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	IMPORTE POR HORA	
EXISTE PACTO DE HORAS DE PERNOCTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	IMPORTE POR HORA	

FIRMA DEL TRABAJADOR/A	FIRMA DEL EMPLEADOR	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN
		Fecha: D.N.I.:	Fecha: D.N.I.:
		FIRMA:	FIRMA:

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :